

1. Inleiding

Deze leidraad heeft als doel dat personeelsleden wanneer geconfronteerd met (een vermoeden van) pijn iets bij de hand kunnen nemen dat hun meer informatie geeft over pijn, hun wat suggesties geeft rond detectie van pijn, omgang met pijn enzoverder. Deze leidraad heeft niet tot doel advies of behandeling van een verpleegkundige, huisarts of specialist te vervangen of tegen te spreken. Integendeel pijn wordt gezien als een aspect van de ondersteuning van onze zorggebruikers dat multidisciplinair moet benaderd worden, met andere woorden met inbreng en observatie van opvoeders, psycholoog/pedagoog, verpleegkundige dienst, huisarts, specialist. Deze leidraad kan een hulp zijn in dit proces om bepaalde informatie te verzamelen of specifiekere vragen te kunnen stellen¹.

Deze leidraad bestaat uit verschillende onderdelen: ten eerste een gedeelte rond pijn in het algemeen en pijn bij personen met een handicap. Ten tweede een lijst met aandachtspunten rond pijn. De bedoeling van deze lijst is een overzicht van condities of problematieken te geven die misschien niet op het eerste zicht gerelateerd worden aan pijn, maar toch een mogelijke verklaring of extra informatie kunnen geven voor (vermoeden van) pijn. Vervolgens volgt een onderdeel over pijn detectie. In dit onderdeel focussen we op de communicatie van de zorggebruiker in het algemeen en zijn communicatie van pijn in het bijzonder en welke methoden er bestaan om pijn zo objectief mogelijk te detecteren. Vervolgens een vierde onderdeel in verband met omgevingsfactoren. Er zijn immers heel wat factoren in onze omgeving die een rol spelen in de detectie en gewaarwording van pijn, maar waar we ons eventueel niet bewust van zijn. Deze elementen oplijsten kan in sommige situaties eventueel verheldering opleveren. Vervolgens is er het gedeelte rond behandeling. Dit gedeelte wil zeker het medisch-verpleegkundige luik niet vervangen, maar bevat wat 'huis-tuin-keuken' tips en adviezen die op het eerste zicht misschien evident lijken, maar eventueel wat opfrissing nodig hebben. Tenslotte is er het onderdeel procedure, waarin we heel concreet een procedure voorstellen die binnen vzw Stijn kan gebruikt worden bij (een vermoeden van) pijn.

2. Pijn en pijn bij personen met een handicap

Pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met actuele of potentiële weefselbeschadiging, of wordt beschreven in termen van zo'n beschadiging." Dit is de definitie van pijn van de International Association for the Study of Pain (IASP). De IASP voegt hieraan toe: "Pijn is altijd subjectief. Elk individu leert de applicatie van het woord door het ervaren van letsels die op jonge leeftijd worden opgelopen. [...] Pijn is (zonder twijfel) een gevoel in één of meer lichaamsdelen, maar is (ook) altijd onaangenaam en daarom ook een emotionele ervaring." Deze definitie benadrukt de lichamelijke en psychologische componenten van pijn, en wijst duidelijk op het subjectieve karakter.

¹ Naast deze leidraad bestaat er ook een uitgebreider rapport waarin pijn bij personen met een handicap wordt beschreven, meer bepaald het voorkomen van pijn, de pijnsensitiviteit, de pijn detectie, ...Bij nood aan meer informatie kan dit rapport opgevraagd worden bij de stafmedewerker onderzoek van vzw Stijn.

Een andere definitie: Pijn is wat de persoon zegt dat het is en treedt op wanneer hij zegt dat het optreedt. (Margo McCaffrey)

Deze definitie gaat er echter vanuit dat elke persoon pijn zelf kan aangeven, wat uiteraard niet altijd het geval is bij onze doelgroep.

Pijn is in de eerste plaats een beschermingsmechanisme van het lichaam. Zolang men pijn voelt, gaat men het betreffende lichaamsdeel ontzien, zodanig dat het de tijd krijgt om te herstellen.

Mensen met een handicap hebben dezelfde kans om in pijnlijke situaties terecht te komen waarin andere mensen ook terecht komen, maar ze hebben ook extra risico zoals valpartijen, orthopedische materialen, slecht-passende rolstoelen, contracturen, Vanuit literatuur komt evidentie naar voren dat mensen met een verstandelijke handicap meer pijnlijke situaties doormaken dan de algemene populatie en dat ze dus als een risicogroep ten aanzien van pijn kunnen beschouwd worden (Lotan, 2009a). Onderliggende neurologische processen kunnen de pijnbeoordeling beïnvloeden. De hersenen en het zenuwstelsel zijn bij mensen met een verstandelijke handicap minder goed ontwikkeld en/of beschadigd. Dit heeft ertoe geleid dat er gedacht werd aan een grotere kans op pijnongevoeligheid. Er is echter tot op heden geen aantoonbare reden waarom personen met een verstandelijke handicap pijn bespaard zou blijven (Zwakhalen, 2004). Mede verantwoordelijk voor de idee dat personen met een handicap pijnongevoelig zijn is hun onvermogen om pijn te uiten, het gebrek aan sensitiviteit van de observatoren, alsook het uiten van bepaalde gedragingen die verschillende oorzaken kunnen hebben. Bepaalde gedragingen kunnen veroorzaakt worden door pijn, of andere oorzaken van stress, maar kan ook gewoon deel uit maken van gedragsrepertoire van zorggebruiker. Bepaalde indicatoren van pijn zoals grimassen, kreunen of veranderd slaappatroon kunnen ook voorkomen wanneer er geen pijn is. Het hangt waarschijnlijk meer samen met het niveau van handicap als met pijn, maar kan ook onderdiagnose van pijn veroorzaken (Lotan, 2009a).

3. Aandachtspuntenlijst met betrekking tot pijn

Zoals hierboven vermeld, wordt in de literatuur aangegeven dat mensen met een verstandelijke handicap meer pijnlijke situaties doormaken dan de algemene populatie en dat ze dus als een risicogroep ten aanzien van pijn kunnen beschouwd worden (Lotan, 2009).

Hieronder vindt u een overzicht van chronische medische condities die (kunnen) samenhangen met pijn. De relatie is uiteraard niet volledig rechtlijnig. Het is niet omdat er bijvoorbeeld sprake is van obstipatie dat daar zonder meer pijnstilling op moet volgen. De bedoeling is dat wanneer voor een zorggebruiker 1 of meerdere aspecten van toepassing zijn, er een alarmbel gaat rinkelen die waarschuwt dat deze zorggebruiker extra gevoelig is voor pijn. In de detectie van pijn, de beoordeling en de behandeling kan hier dan rekening mee gehouden worden. Het subjectieve element blijft hierbij belangrijk, alsook de analyse van de betrokken artsen. Een belangrijke kanttekening is dat bepaalde elementen dat hier opgesomd zijn niet alleen aanleiding kunnen geven tot pijn, maar er ook net door veroorzaakt kunnen worden, zo kunnen gastro-intestinale problemen een gevolg zijn van pijn.

a/ gastro-intestinale problemen

- slokdarmontsteking (graad)
- maagzweren, maagontsteking
- obstipatie
- vertraagde maaglediging

- risico op obstructie, volvulus...
- maagbreuk, maagtorsie
- galstenen
- diarree/krampen
- tanden: atrisie (afgesleten tanden door knarsen), cariës, abces

b/ gevoeligheid voor infecties

- luchtweginfecties (sinusitis, longontsteking, oorontsteking, mondabces...)
- urineweginfecties (incontinentie)
- wondroos
- herpes/zona
- chronische sinusitis

c/ skeletafwijkingen

- wervelkolomverkramping (scoliose en de ernst van torsie ...)
- abnormale orgaanligging tgv verkramping
- afgesleten gewrichten, Bot op bot, Luxaties gewrichten
- hernia

d/ immobiliteit

- pijn door houdingsmoeheid
- "gedwongen om steeds dezelfde houding aan te nemen" tgv corset, schelp, fixatie, rolstoel
- incidenteel: gips, operatie....

e/ bloedsomloopstoornissen

- hartproblemen
- slechte doorbloeding extremiteiten: bv kans op restless leggs syndroom
- diep veneuze trombose

f/ andere

- Reuma
- Menstratiepijn
- Diabetes
- Slikproblemen
- Spierpijnen/contracturen
- Brandwonden
- Breuken
- Migraine
- Neuralgieën

4. Pijndetectie

In het detecteren van pijn zijn verschillende aspecten van belang die deze detectie zo objectief mogelijk maken: ten eerste is van belang hoe de zorggebruiker communiceert. Dit heeft invloed op de aard van de instrumenten die je kan gebruiken en op de interpretatie van de resultaten. Vervolgens dienen we te weten hoe de zorggebruiker pijn communiceert, ook dit heeft zijn invloed op de interpretatie van observaties. Tenslotte zijn naast observatie en interpretatie van

gedrag ook fysiologische elementen van belang, zowel vooraleer dat er sprake is van pijn als bij (vermoeden van) pijn.

Welke soort methode kan gebruikt worden is afhankelijk van het niveau van communiceren van een zorggebruiker. Wanneer een zorggebruiker voldoende communicatieve mogelijkheden heeft om op vragen te antwoorden en deze persoon daarbij ook voldoende cognitieve mogelijkheden heeft om dit op een correcte en betrouwbare manier te doen, kunnen zelfrapportage technieken gebruikt worden. In ziekenhuissettings worden deze schalen ook gebruikt. De gezichtjesschaal wordt hier gebruikt voor kinderen vanaf 5 jaar, de Visueel Analoge Schaal voor kinderen vanaf 10 jaar (zie onder). Aangezien pijn zoals gezegd een subjectieve ervaring is, wordt deze manier van pijndetectie vaak gezien als de gouden standaard. Er zijn dan ook veel instrumenten die de subjectieve ervaring vertalen in betekenisvolle gegevens die kunnen gebruikt worden om professionals te helpen in hun diagnose en behandeling. Een aantal suggesties:

-Visueel Analoge Schaal: waarbij de patiënt op een lat met een lijn aangeeft hoe de pijn ervaren wordt. Op de achterkant van de lat staat een schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (ondraaglijke pijn).

-Numeric Rating Scale: waarbij de patiënt een cijfer geeft aan de pijn op een schaal van 1 (geen pijn) en 10 (ondraaglijke pijn).

-Verbal Descriptor Scale: bestaat uit een aantal beschrijvingen die een bepaald niveau van pijn aangeven. De patiënt geeft aan welke van de beschrijvingen het best overeenkomen met de pijn die hij/zij ervaart.

-The Faces Pain Scale: bestaat uit gezichten die een verschillende intensiteit van pijn uitdrukken. De patiënt geeft aan welke van de gezichten best laat zien hij/zij zich voelt.

-McGill Pain Questionnaire: multidimensionele schaal waarbij de patiënt op een tekening moet aangeven waar hij/zij pijn heeft en waarbij ook vragen gesteld worden over de pijn waar men last van heeft.

-Multi Dimensional Pain Inventory: multidimensionele schaal met vragen over de pijn.

U vindt deze schalen ingesloten in deze map.

Echter, zelfrapportage schalen kunnen enkel gebruikt worden bij individuen die oud genoeg zijn of genoeg cognitieve mogelijkheden hebben om valide informatie te geven over de plaats, kwaliteit, intensiteit en tolerantieniveau van de pijnlijke ervaring. Uit onderzoek komt naar voren dat zelfs bij mensen met een licht tot matig verstandelijke handicap zelfrapportage moeilijk is. Om deze reden kunnen deze instrumenten onbruikbaar of ineffectief zijn voor individuen die niet-conventionele methoden van communicatie gebruiken of bij mensen die niet de nodige cognitieve capaciteiten hebben om hun ervaringen om te zetten in begrijpbare taal (Lotan, 2009a). In dit geval worden vaak gedragsobservaties gedaan. Gedragsindicatoren zoals gezichtsuitdrukking, wenen en lichaamsbewegingen worden gebruikt om de aanwezigheid en intensiteit van pijn bij kinderen en personen met cognitieve beperkingen na te gaan (Lotan, 2009a). De laatste jaren is men overtuigd geraakt van het feit dat er voor mensen met een verstandelijke handicap specifieke gedragsobservationele pijnbeoordelingsschalen ontwikkeld moeten worden (Zwakhalen, 2004). Deze schalen zijn telkens in bijlage toegevoegd:

-Pijnobservatieschaal voor jonge kinderen (POKIS). Voor ieder item wordt een score gegeven (0 of 1). De totale score geeft de maat van pijn aan: score 0 geen pijn, score 1-2 lichte pijn, score 3-4 matige pijn, score 5-7 ernstige pijn

- Non-communicating Children's Pain Checklist-R (NCCPC-R). Een schaal van 30 items waarvan op een schaal van 0 tot 3 de mate van voorkomen tijdens de laatste 2 uur moet aangeduid worden. De cut-off score bedraagt 7 of meer, wanneer deze score bereikt wordt is er indicatie dat het kind pijn heeft.
- Non-Communicating Children's Pain Checklist-postoperative version (NCCPC-PV): De NCCPC voor postoperatief gebruik. Een schaal van 27 items waarvan op een schaal van 0 tot 3 de mate van voorkomen tijdens de laatste 10 minuten moet aangeduid worden. Bij score tussen 6-10 is er sprake van milde pijn, bij 11 of meer heeft een kind matige tot ernstige pijn.
- Non-Communicating Adults Pain Checklist (NCAPC): de NCCPC-R voor gebruik bij volwassenen. 18 items in een periode van 10 minuten te observeren. Het is niet bekend vanaf welke score er een indicatie voor pijn is.
- Kids with Intellectual Disabilities Pain Assessment Instrument for Nonverbal Signs (KIDPAINS): deze schaal werd ontwikkeld om pijn te meten bij kinderen met een zeer ernstig verstandelijke handicap. Het gaat om 18 items waarvan op een schaal van 0-4 de mate van voorkomen moet aangeduid worden. Score ≥ 10 = matige pijn, score ≥ 21 = ernstige pijn
- Checklist Pijn Gedrag (CPG): deze schaal is bedoeld om pijn te meten bij kinderen met een zeer ernstig verstandelijke handicap. 10 items waarvan enkel het voorkomen moet gescoord worden, kan aangevuld worden met Numerieke Pijn Schaal.
- Pijngedraganalyse (PGA): dit is een verzameling instrumenten waarmee op methodische wijze gedragsveranderingen van zorgvragers met een verstandelijke beperking kunnen worden gesignaleerd en geanalyseerd in relatie tot het vermoeden van de aanwezigheid van pijn bij de zorgvrager. Bestaat uit een individueel pijnprofiel, een individueel pijnbestrijdingsplan en observatielijsten.
- Pain and Discomfort Scale (PADS): schaal die moet afgenomen worden tijdens bepaalde (medische) procedure, de items worden gescoord op voorkomen tijdens deze procedure.
- Paediatric Pain Profile: bestaat uit 20 items die op een 4 puntenschaal van niet tot heel veel gescoord moeten worden. Range 0-60, indicatie voor pijn bij score 14.

Bij diverse van de opgesomde schalen kan als opmerking geven worden dat de te observeren indicatoren moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn. Zo zit in de CPG zowel het item gespannen gezicht als grimas als lijn tussen neus en mondhoek dieper. Ook is de oorzaak van het gedrag niet steeds even duidelijk, wanneer er een grimas is, kan dit nog door een andere reden veroorzaakt worden als louter door pijn. Sommige van onze zorggebruikers hebben ook bepaalde gezichtsuitdrukkingen standaard, niet alleen bij pijn. 'Geen pijn' kan op deze manier ook nog leiden tot een score op deze schalen. Een oplossing daarvoor is om een baseline meting te doen, wanneer je de schaal ook al afneemt wanneer de zorggebruiker zich schijnbaar comfortabel voelt, kan een deel van deze problematiek opgevangen worden. Het is dus belangrijk dat bij pijn detectie ook dit aspect wordt meegenomen, zie het onderdeel 'procedure' voor de concretisatie hiervan.

Tenslotte kan pijn ook gedetecteerd worden door middel van fysiologische metingen, zoals hartslag, bloeddruk, cortisol-waarden. Hoewel fysiologische metingen kunnen gezien worden als objectief, is er van geen enkele fysiologische index bewezen dat deze uniek en specifiek genoeg is om pijn te meten. Veel fysiologische parameters veranderen immers niet enkel in functie van pijn, maar ook onder invloed van emoties, temperatuur, lichaamsbeweging,... Bij gebruik van deze parameters is dus eveneens een baseline meting van belang.

5. Omgevingsfactoren

Zoals aangegeven in de inleiding zijn er verschillende factoren in de omgeving die een rol kunnen spelen in pijngewaarwording en pijndetectie. Wanneer we ons bewust zijn van deze omgevingselementen, kunnen we hier rekening mee houden en tot een betere detectie en eventueel ook behandeling komen. Uiteraard is deze lijst niet volledig, maar geeft tips over dingen waar je rekening mee kan houden.

-omslaan van het weer: bij bepaalde mensen of aandoeningen (voornamelijk bij artrose, reuma of andere gewrichtsaandoeningen) spelen weersveranderingen een rol bij de gewaarwording van pijn. Vooral bij het omslag van goed naar slecht weer zou een verhoogde pijnwaarneming kunnen aanwezig zijn.

-invloed van leerprocessen, ervaringen, verwachtingen: je pijndrempel en gewaarwording van pijn zijn mede afhankelijk van hoe je werd aangeleerd om op pijn te reageren, hoe je omgeving op reageert enzoverder. Op deze manier zal het mede bepalen hoe je zelf op pijn reageert of hoe sterk je pijn aanvoelt.

-medicatie: eventueel kunnen bepaalde medicaties bijwerkingen vertonen die pijnklachten (mede) kunnen verklaren. De bijsluiter alsook je huisarts of apotheker kan hierover meer duidelijkheid brengen. Indien een persoon meer dan 1 soort medicatie krijgt, kan ook een interactie tussen deze medicaties optreden, wat extra of andere klachten van pijn kan veroorzaken.

-familie: voor de adequate detectie en beoordeling van pijn, kan de familie of mensen die nabij betrokken zijn een belangrijke bron van informatie zijn. Zij kennen de zorggebruiker eventueel al langere tijd, kennen de voorgeschiedenis, gevoeligheden enzoverder. Het strekt daarom tot aanbeveling om hen, als de situatie het toelaat, bij het proces van pijndetectie te betrekken. Zij kunnen eventueel ook extra observaties in de thuissituatie doen of meer informatie geven over mogelijke oorzaken (bv een val tijdens het weekend).

-meubilair/(orthopedisch) materiaal: een slechtzittend helm, een onaangepast bed, een te kleine rolstoel kunnen pijn veroorzaken

-externe omstandigheden zoals zonlicht, lawaai, drukte kunnen de pijngewaarwording beïnvloeden.

6. Behandeling

Vanuit de literatuur komen enkele principes voor pijnmanagement die van belang zijn voor een goede pijnmanagement als het gaat om personen met een verstandelijke handicap (Zwakhallen, 2004), het blijkt een samenvatting te zijn van wat hierboven op verscheidene plaatsen reeds aangegeven is. Ook dit is geen volledige lijst met als doel het advies van professionelen uit de medische wereld te vervangen, maar het zijn een aantal tips en handvatten die interessant zijn om te weten.

-zorg voor goede voorlichting en begeleiding van betrokkenen (ouders, verzorgers, groepsleiding)

-ga na welke pijnervaringen het kind in het verleden heeft gehad

-documenteer hoe het kind gebruikelijk op pijn reageert en welke interventies kunnen helpen. Hier kan een individueel pijnprofiel bij helpen

-inventariseer en documenteer tevens welke farmacologische en non farmacologische methoden in het verleden hielpen om pijn te bestrijden. Vertrouw op informatie van direct betrokkenen.

-probeer een manier te vinden hoe te communiceren met het kind en ouders over de pijn

- betrek ouders bij het proces van pijnmanagement, zij brengen hun deskundigheid mee
- werk met een multidisciplinaire benadering
- wees alert op een verhoogd risico op sensibele regulaire stoornissen (slaap etc)
- cluster ingrepen zoveel mogelijk
- neem aan dat hetgeen voor jezelf pijnlijk is dat ook is voor de patiënt met een verstandelijke handicap tenzij het tegendeel is bewezen
- een uitgebreid behandelplan moet non-farmacologische en farmacologische mogelijkheden bevatten met als doel 'distress' te reduceren en het functioneren te maximaliseren
- regelmatige evaluatie van pijnbestrijding en eventuele aanpassing van doseringen na enkele dagen. Hiervoor kan een pijndagboek een goed hulpmiddel zijn. Wanneer op geregelde tijdstippen een observatie van de pijn gebeurt, kunnen de resultaten hier weergegeven worden en kunnen tendensen of systematieken ontdekt worden.

Hiernaast zijn nog een aantal andere tips nuttig:

- placebo: indien een zorggebruiker klaagt van pijn en er is geen aantoonbare oorzaak, kan overwogen worden een placebo (een medicijn zonder werkzaam bestanddeel) toe te dienen. Uiteraard wordt dit proces begeleid door een dokter.
- stoelgangkalender: zoals in de risico-analyse al duidelijk is geworden zijn problemen met spijsvertering een mogelijke oorzaak van pijn. Indien het vermoeden bestaat dat dit voor een zorggebruiker het geval is, kan een kalender van het stoelgangpatroon worden bijgehouden, zodanig dat bijvoorbeeld obstipatie als mogelijke oorzaak kan bevestigd/uitgesloten worden.
- warmte/koude behandeling door middel van hold/cold packs: warmte kan helpen bij oppervlakkige pijn gezien het spierontspannend werkt. Bijvoorbeeld bij contracturen. Koude zorgt voor lokale anesthesie en remt ontsteking, kan helpen bij gewrichtspijnen of diepe pijn.
- muziek/TV/andere soorten van afleiding: wanneer een andere activiteit wordt aangeboden, kan de aandacht van de pijn afgeleid worden
- massage/ontspanningstechnieken: de wrijving kan de pijnwaarneming doen afnemen.

7. Procedure

Hoe gaan we met deze informatie concreet aan de slag binnen vzw Stijn? Voor de goede communicatie tussen professionelen onderling, het vergelijken van resultaten en het doorgeven van informatie tussen settings lijkt het interessant telkens met dezelfde schaal te werken. Er wordt daarom voorgesteld om volgende schalen te hanteren:

- bij een verstandelijke leeftijd lager als 5 jaar wordt gebruik gemaakt van een gedragsobservatieschaal. We stellen hier voor om de POKIS te hanteren. Dit is een schaal die getest is op zijn betrouwbaarheid en validiteit en die ook in ziekenhuissettings gebruikt wordt. De betrokken begeleider observeert de zorggebruiker onopvallend en let op 7 punten: de gezichtsuitdrukking (ogen dichtgeknepen, mond wijd open), al of niet huilen, hoe is de ademhaling (hijgend,...), hoe is de houding van rug en lijf, hoe zijn de bewegingen van armen en handen (verkrampde vingers,...), hoe zijn de bewegingen van benen en voeten, de agitatie (is de persoon onrustig, prikkelbaar). Voor ieder punt wordt een score gegeven (0 of 1). De totale score geeft de mate van pijn aan: 0 is geen pijn, 1-2 is lichte pijn, 3-4 is matige pijn, 5-7 is ernstige pijn.

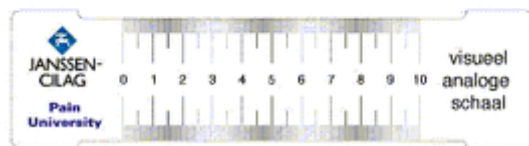
De frequentie van afname van de schaal en de interventies die eruit voortvloeien hangen af van de specifieke vraag en klacht.

-bij een verstandelijke leeftijd van 5 tot 10 jaar gebruiken we de gezichtjesschaal. Dit is een zelfrapportageschaal waarbij elk gezichtje staat voor een bepaalde pijnintensiteit. Hierbij moet uitgelegd worden dat elk gezichtje past bij een persoon die blij is omdat hij/zij geen pijn heeft of droevig omdat hij/zij een beetje of veel pijn heeft.

Wijs de gezichtjes aan en vraag welk het beste past bij de pijn die de persoon voelt.



-bij een verstandelijke leeftijd hoger als 10 jaar gebruiken we de Visueel Analoge Schaal. Dit is een zelfrapportage schaal waarbij de persoon op een meetlatje met verstelbaar schuifje kan aangeven hoeveel pijn/zij heeft. De indeling van het latje gaat van 'geen pijn' tot de 'ergste pijn'. De persoon verschuift het latje om zijn/haar pijn aan te geven. Aan de andere zijde van het latje kan dan een getal afgelezen worden van 0 tot 10 dat overeenkomt met de pijn die het kind voelt.



Zoals reeds aangegeven kan, vooral bij gedragsobservationele schalen, een baseline meting interessant zijn, zowel van de gedragsparameters als de fysiologische parameters. De POKIS-schaal werd daarom intern aangepast om een baseline-meting mogelijk te maken, zie hiervoor de betreffende bijlage.

Heel concreet stellen we voor om bij (een vermoeden van) pijn volgende procedure te volgen, u kan deze procedure ook gevisualiseerd terugvinden, onderaan dit document:

-baseline meting: deze is vooral van belang bij mensen met een verstandelijke leeftijd jonger als 5 jaar en moet gebeuren voor er sprake is van pijn. Hiervoor kan de kolom 'baseline' in de aangepaste POKIS-schaal gebruikt worden.

-overlopen aandachtspuntenlijst: zijn er aspecten die voor deze zorggebruiker van toepassing zijn? Dit kan al een eerste aanwijzing zijn dat er sprake is van pijn. Zoals bovenaan aangegeven is de relatie tussen deze aandachtspunten en pijn niet rechtlijnig, maar kan het wel een belletje doen rinkelen.

-(multidisciplinair) overleg: op basis van deze gegevens kan er een eerste overleg plaatsvinden, is er een vermoeden van pijn? Hoe gaan we de pijn observeren? Zijn er in de lijst van omgevingsfactoren elementen die mee in rekening kunnen genomen worden?

-afname schaal: neem de schaal af die bij de verstandelijke leeftijd van de zorggebruiker hoort (zie boven) op de afgesproken momenten. Eventueel kan gebruik gemaakt worden van een pijndagboek waarop telkens de score op de gebruikte schaal kan genoteerd worden en vergeleken worden met elkaar. Voor een voorbeeld van zo'n systematische observatie en registratie zie onderstaande tabel.

Datum:				Datum:				Datum:				Datum:			
Uur:				Uur:				Uur:				Uur:			
Score:				Score:				Score:				Score:			

-(multidisciplinair) overleg: wat leert de observatie ons? Welke interventies kunnen we doen? Hierbij kan rekening gehouden worden met de opgesomde omgevingsfactoren en behandel tips.

-Interventie

-evaluatie: eventueel met behulp van het terug afnemen van de schaal. Deze evaluatie kan gebeuren onder de vorm van een volgend (multidisciplinair) overleg.

Referenties en interessante literatuur

- Beange, H., McElduff, A., & Baker, W. (1995). Medical disorders of adults with mental retardation: A population Study. *American Journal of Mental Retardation*, 99. pp 595-604.
- Ketels, C.G.M. (2008). *Pijngedraganalyse*. Falstaff Media: Alkmaar.
- Lotan (2009a). Assessment of Pain in Adults with Intellectual and Developmental Disabilities: Development of a scale to assess pain behaviors. Doctoraatsproefschrift University of Bergen, Department of Public Health and Primary Health Care, section for Physiotherapy Science, Norway.
- Lotan (2009b). A Modified Version of the Non-communicating Children Pain Checklist revised, Adapted to Adults With Intellectual and Developmental Disabilities: Sensitivity to Pain and Internal Consistency. *The Journal of Pain*, 10 (4), pp 398-407.
- Zwakhaleh, S.M.G., van Dongen, K.A.J., Huijjer Abu-Saad, H. (2004). Pijnbeoordeling bij mensen met verstandelijke beperkingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten*, 1, 3-22.

Beslissingsboom procedure bij pijn

Doe een baseline-meting

- ✓ Vooraleer er sprake is van pijn
- ✓ Vooral relevant bij een verstandelijke leeftijd < 5 jaar
- ✓ Om achteraf te vergelijken tussen gedragskenmerken in afwezigheid en in aanwezigheid van pijn
- ✓ Gebruik de kolom 'baseline' in de POKIS

(Vermoeden van) pijn

Overloop de aandachtspuntenlijst

Zijn er aspecten van toepassing voor deze zorggebruiker?

nee

ja

Zijn er andere hypothesen om het gedrag te verklaren?

ja

Neem rond deze hypothesen de nodige stappen

nee

(multidisciplinair) overleg rond (vermoeden van) pijn

- Stel verklarende hypothesen op oa op basis van lijst van omgevingsfactoren
- maken afspraken rond pijn observatie

Pijnobservatie

- bij verstandelijke leeftijd < 5 jaar: neem POKIS af
- bij verstandelijke leeftijd 5-10 jaar: neem de gezichtsschaal af
- bij verstandelijke leeftijd > 5 jaar: neem de Visueel Analoge Schaal af
- doe eventueel systematische observatie en registratie dmv piindagboek

(multidisciplinair) overleg rond (vermoeden van) pijn

Is er volgens de observatie sprake van pijn? Vergelijk de score met de baseline meting.

nee

ja

Ga op zoek naar mogelijke andere verklaringen voor het gedrag en neem rond deze hypothesen de nodige stappen

Interventie

- Hou hierbij rekening met de opgesomde omgevingsfactoren en behandeltips

Evaluatie

- eventueel door het terug afnemen van dezelfde observatie-schaal
- kan onder de vorm van een (multidisciplinair) overleg